Hendren, R. L., Atkins, D. M., Sumner, C. R., Barber, J. K.: A model for the group treatment of eating disorders. Int. J. Group Psychother. 37:499, 1987.
Hogan, L. C.: *Managing persons with multiple personality disorder in a heterogeneous inpatient group*. Group 16:247, 1992.
Intagliata, J. C.: Increasing the interpersonal problem-solving skill of an alcoholic population. J. Consult. Clin. Psychol. 46:489, 1978.
Jones, E. G., McColl, M. A.: Development and evaluation of an interactional life skills group for offenders. Occup. Ther. J. Res. 11:80, 1991.
Kahn, M., Sturke, I. T., Schaeffer, J.: Inpatient group processes: Parallel unit dynamics. Int. J. Group Psychother. 42:407, 1992.
Kanas, N., Barr, M. A.: Homogeneous group therapy for acutely psychotic schizophrenic inpatients. Hosp. Community Psychiatry 34:257, 1983.
Karterud, S.: The influence of task definition, leadership and therapeutic style on inpatient group cultures. Int. J. Ther. Communities 9:231, 1988.
Kernberg, O.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Aronson, Nova York, 1975.
*Kibel, H. D.: A conceptual model for short-term inpatient group psychotherapy. Am. J. Psychiatry 138:74, 1981.
———: Contributions of the group psychotherapist to education on the psychiatric unit: Teaching through group dynamics. Int. J. Group Psychother. 37:3, 1987a.
———: Inpatient group psychotherapy. Em *Group Therapy in Clinical Practice*, A. Alonso, H. Swiller, orgs., p. 93. American Psychiatric Press, Washington, 1992.
———: Inpatient group psychotherapy: Where treatment philosophies converge. Em *The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, vol. 2, R. Langs, org., p. 94. Gardner, Nova York, 1987b.
Kiesler, C. A., Simpkins, C.: The de facto national system of psychiatric inpatient care: Piecing together a national puzzle. Am. Psychol. 46:579, 1991.
Klapman, J. W.: *Group Psychotherapy: Theory and Practice*. Grune & Stratton, Nova York, 1946.
Klein, R.: Inpatient group psychotherapy: Practical considerations and special problems. Int. J. Group Psychother. 27:201, 1977.
Klein, R. H., Hunter, D. E. K., Brown, S.: Long-term inpatient group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 36:361, 1986.
Koch, H. C. H.: Correlates of change in personal construing of members. Br. J. Med. Psychol. 56:323, 1983.
Lazell, E. W.: The group treatment of dementia praecox. Psychoanal. Rev. 8:168, 1921.
Leonard, H. S.: What helps most about hospitalization. Comp. Psychiatry 14:365, 1973.
Leopold, H. S.: Selective group approaches with psychotic patients in hospital settings. J. Psychother. 30:95, 1977.
Leszcz, M., Yalom, I. D., Norden, M.: The value of inpatient group psychotherapy: Patients' perceptions. Int. J. Group Psychother. 35:411, 1985.
Levine, H. B.: Milieu biopsy: The place of the therapy group on the hospital ward. Int. J. Group Psychother. 30:77, 1980.
Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J.: Social skills training for schizophrenics at risk for relapse. Am. J. Psychiatry 143:523, 1986.
*MacKenzie, R.: *Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1990.
Main, T.: The concept of therapeutic community: Variation and vicissitudes. Group Anal. 10:2, 1946.
Marcovitz, R., Smith, J.: An approach to time-limited dynamic inpatient group therapy. Small Group Behav. 14:369, 1983
Marsh, L. C.: Group treatment by the psychological equivalent of the revival. Ment. Hygiene 15:328, 1931.
Maxmen, J. S.: An educative model for inpatient group therapy. Int. J. Group Psychother. 28:321, 1978.
———: Helping patients survive theories: The practice of an educative model. Int. J. Group Psychother. 34:355, 1984.
Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., Wade, J. H.: Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. Psychiatr. Res. 37:281, 1991.
Mueser, K. T., Levine, S., Bellack, A. S., Douglas, M. S., Brady, E. U.: Social skills training for acute psychiatric inpatients. Hosp. Community Psychiatry 41:1249, 1990.
Pattison, E. M., Brissenden, A., Wohl, T.: Assessing specific effects of inpatient group therapy. Int. J. Group Psychother. 17:283, 1967
Pekala, R. J., Siegel, J. M., Ferrar, D. M.: The problem-solving support group: Structured group therapy with psychiatric inpatients. Int. J. Group Psychother. 35:391, 1985.
Powdermaker, F. B., Frank, J. D.: *Group Therapy: Studies in Methodology of Research and Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, MT, 1952.
Rice, C. A., Rutan, S.: Boundary maintenance in inpatient therapy groups. Int. J. Group Psychother. 31:297, 1981.
*Rice, C. A., Rutan, J. S.: *Inpatient Group Psychotherapy*. Macmillan, Nova York, 1987.
Rice, M. E., Chaplin, T. C.: Social skills training for hospitalized male arsonists. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 10:105, 1979.
Rosegrant, J.: A dynamic-expressive approach to brief inpatient group psychotherapy. Group 12:103, 1988.
Saul, S.: Group therapy with confused and disoriented elderly people. Em *Group Psychotherapies for the Elderly*, B. W. MacLennan, S. Saul, M. B. Weiner, orgs., p. 199. International Universities Press, Madison, CT, 1988.
Schilder, P.: The analysis of ideologies as a psychotherapeutic method, especially in group treatment. Am. J. Psychiatry 93:601, 1936.
Spivack, G., Shure, M.: *Social Adjustment of Young Children: A Cognitive Approach to Solving Real-Life Problems*. Jossey-Bass, São Francisco, 1974.
Standish, C. T., Semrad, E. V.: Group psychotherapy with psychotics. J. Psychiatr. Soc. Work 20:143, 1951.
Vinogradov, S., Yalom, I. D.: *Concise Guide to Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1989.
von Bertalanffy, L.: *General Systems Theory*. Braziller, Nova York, 1968.
Wender, L.: The dynamics of group therapy and its application. J. Nerv. Ment. Dis. 84:54, 1936.
*Yalom, I. D.: *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, Nova York, 1983.
———: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 1. ed. Basic Books, Nova York, 1970.
———: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3. ed. Basic Books, Nova York, 1985.

E.3 Psicoterapia Grupal no Hospital Diurno

Hassan F. A. Azim, M.D., F.R.C.P.C.

INTRODUÇÃO

O hospital diurno ou hospital-dia [*day hospital*] é, de longe, a forma mais comum de hospitalização parcial. Foi lançado no mundo ocidental, em sua forma moderna, na década de 40, e encontra-se hoje numa encruzilhada que promete decidir o destino de sua existência. Dois acontecimentos recentes e importantes são, cada um deles, capazes de afetar o movimento da hospitalização parcial. O primeiro é sua inclusão como despesa cobrável pela primeira vez nos Estados Unidos (American Medical Association, 1992). A relutância de terceiros responsáveis por seu pagamento, encarando a hospitalização parcial em base eqüitativa com os cuidados psiquiátricos ambulatoriais e de pacientes internados, tem sido uma das razões fornecidas para a subutilização crônica da hospitalização diurna.

O outro evento foi o fechamento de um número substancial de instalações de hospitalização parcial nos últimos seis anos, e tem-se de justapor isso ao auge da expansão dos hospitais-dia. Entre 1963 e 1972, ocorreu uma taxa de crescimento anual impressionante, de cerca de 70% no número de programas. O aumento no número de pacientes por eles servidos foi ainda mais expressivo: o dobro da taxa de crescimento dos próprios programas. Relatórios cheios de entusiasmo quase ingênuo e expectativas irrealistas de substituição da necessidade de cuidados a pacientes internados alternaram-se com artigos cheios de pessimismo e, até mesmo, desespero quanto ao futuro dos hospitais diurnos. Passando-se em revista a literatura da hospitalização parcial, fica-se com a impressão distinta de que todo o

campo, assim como muitos de seus programas individuais, parece passar por ciclos de ser altamente seletivo de seus pacientes e especializado em seu programa para, depois, ser distendido até seus limites e mais além deles, com o risco de fechamentos nesse processo (Glaser, 1972; Goldman, 1989).

DEFINIÇÕES

Uma definição operacional de um programa de hospital-dia, *tal como foi originalmente conceitualizado e projetado*, é a de ser ele um foro em que um grupo de terapeutas, utilizando um espectro amplo de modalidades terapêuticas, particularmente a terapia grupal, trata um grupo de pacientes.

Uma definição amplamente citada na literatura enfatiza ser a hospitalização parcial uma forma ambulatorial de tratamento que inclui os principais métodos diagnósticos e terapêuticos — médicos, psiquiátricos, psicossociais e pré-vocacionais. Esses programas são projetados para pacientes com transtornos mentais graves, que se considera exigirem um tratamento coordenado, intensivo e abrangente. O tratamento é fornecido por uma equipe multidisciplinar que presta serviços acima e além dos que se acham usualmente disponíveis no *setting* de uma clínica ambulatorial. Além disso, a hospitalização parcial proporciona uma alternativa menos restritiva e mais flexível ao cuidado de pacientes internados (Casarino, Wilner, Maxey, 1982).

As expressões "hospitalização diurna" (ou "hospitalização-dia") e "hospitalização parcial" são empregadas intercambiavelmente aqui, e foram utilizadas na literatura para descrever uma ampla gama de serviços e instalações para o tratamento de populações variadas de pacientes psiquiátricos (Casarino, Wilner, Maxey, 1982), incluindo (1) pacientes de diferentes idades: crianças, adolescentes, adultos, idosos; (2) pacientes em crise e em estados subagudos, agudos e crônicos de enfermidade; e (3) pacientes que sofrem de variadas categorias diagnósticas, inclusive transtornos de ansiedade, transtornos do humor, psicoses, transtornos de personalidade e abuso de substâncias psicoativas (Figura E.3-1).

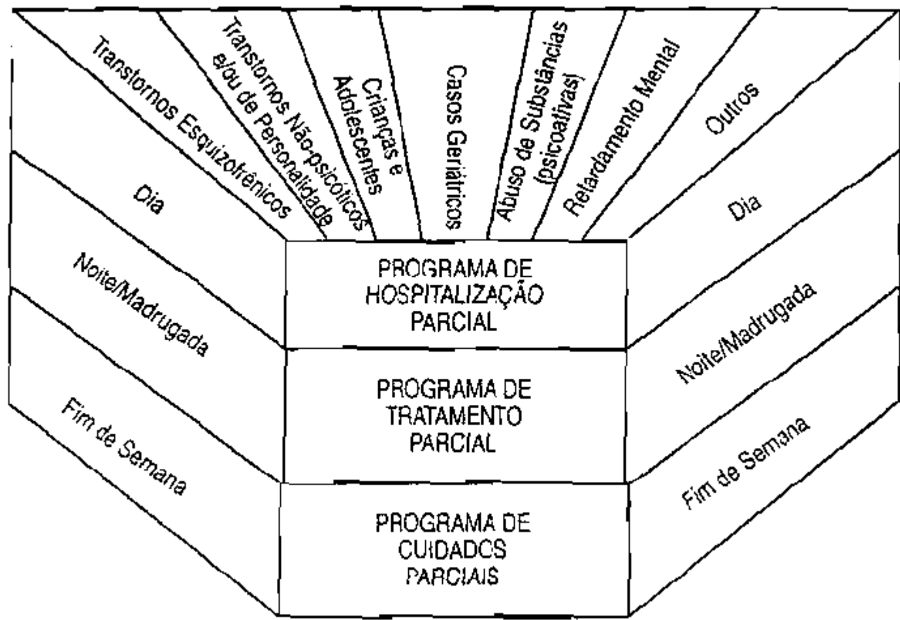


Figura E.3-1. Tipos possíveis de hospitalização parcial

Essa diversidade, celebrada pelos primeiros entusiastas da hospitalização parcial como sinal de força, tem sido recentemente considerada como um fator muito significante em sua subutilização e na negação de reembolso por parte de terceiros pagadores de despesas. Ultimamente, porém, a diversidade e a heterogeneidade inicial foram colocadas em certa ordem, e três categorias de serviços de hospitalização parcial foram sugeridas: programas hospitalares diurnos, programas de cuidados diurnos e programas de tratamento diurno.

Programas Hospitalares Diurnos

Desde os primórdios do movimento do hospital diurno, "imaginou-se o hospital-dia a ampliar e suplementar o trabalho [da unidade de pacientes internados]. Pode ser que para certas categorias de pacientes, pelo menos, ele acabe por tomar-lhe o lugar, mas, atualmente, o hospital-dia (...) [é] operado em associação com [um serviço de pacientes internados]" (Cameron, 1947). Com respeito a isso, a hospitalização parcial preenche duas funções: (1) uma alternativa ao cuidado dos pacientes internados e (2) um serviço transitório entre o cuidado acima citado e a alta para a comunidade. Os critérios usuais quanto a quem pode, viavelmente, ser tratado num programa de hospital-dia têm sido de exclusão, e os mais comuns foram: sério potencial de causar dano a si próprio ou a outros, abuso de substâncias e retardamento mental. Entretanto, o potencial de causar dano a si mesmo e a outros depende em parte da percepção das fontes encaminhantes, do quadro de pessoal do hospital diurno e dos parentes do paciente (Creed, Black, Anthony, 1989).

Os programas de hospital diurno oferecem administração intensiva, inclusive intervenção somática no começo de uma enfermidade aguda durante alguns dias a algumas semanas. Esses cuidados somáticos são geralmente suplementados por terapia psicossocial, às vezes, num *setting* diferente (Dickey, Berren, Santiago, Breslaw, 1990).

Programas de Cuidados Diurnos

Os programas de cuidados diurnos relacionam-se primariamente à manutenção de pacientes crônicos, apesar dos esforços feitos pelo quadro de pessoal para proporcionar-lhes reabilitação (Klein, 1974; Rosie, 1987). A desinstitucionalização e as permanências curtas de pacientes internados conspiraram através dos anos para aumentar o número desses pacientes na comunidade, e a hospitalização parcial surgiu como uma alternativa conveniente a outras formas de cuidado dessa população. Na realidade, de um ponto de vista estatístico, a maioria dos pacientes de hospitalização parcial são tratados em programas de cuidados diurnos (Klar, Frances, Clarkin, 1982). Entretanto, as descrições e os resultados relatados na literatura lançam sérias dúvidas sobre a justificativa de prover reabilitação a longo prazo desses pacientes (Klein, 1974). Isso levou alguns à conclusão de que os hospitais-dia acham-se apinhados por pacientes psicóticos crônicos mal colocados, em resultado do fracasso da sociedade em fornecer cuidados adequados aos mentalmente incapacitados a longo prazo, que vinham sendo ocultos por trás de uma fachada de programas de cuidados diurnos inapropriados, em vez de enfrentar-se de frente o problema (Lancet, 1987).

Programas de Tratamento Diurno

Os programas de tratamento diurno foram projetados por alguns dos pioneiros do movimento do hospital-dia, particularmente na Inglaterra. Eles visavam ao tratamento de pacientes não psicóticos gravemente perturbados, usualmente aqueles que também sofriam de transtornos de personalidade. A abordagem nos programas foi tomada de empréstimo aos conceitos da comunidade terapêutica e enfatiza o trabalho grupal, equipes multidisciplinares e uma ampla variedade de relacionamentos interpessoais (Lancet, 1987). Esses programas partilham as metas de melhoria do funcionamento social e redução dos sintomas. Um aspecto que os distingue é a prescrição de um limite de tempo, seja ele o mesmo para todos os pacientes admitidos ou prescrito individualmente sob medida. Os programas e as populações a que servem constituem entidades separadas. Os pacientes, usualmente, demandam o tipo de estrutura que não se acha disponível no cuidado ambulatorial, mas, contudo, não exigem o meio-ambiente custoso, restritivo e intensificador da regressão dos cuidados prestados sob internação.

HISTÓRIA

"Uma nova forma de hospitalização foi criada em base experimental no Allan Memorial Institute of Psychiatry, de Montreal, Quebec, e acha-se em funcionamento desde abril de 1946." Com essa declaração, D. Ewen Cameron (1947), então catedrático do departamento de psiquiatria da McGill University, anunciou a criação do primeiro hospital-dia moderno. Entretanto, essa não foi a primeira tentativa de cuidar de pacientes psiquiátricos com base na hospitalização parcial (Boag, 1960). O aspecto inovador da experiência foi a estrutura conceitual corporificada em seu funcionamento. É quase certo que Cameron achava-se familiarizado com o trabalho, senão com os textos, daqueles que publicaram suas experiências como psiquiatras junto às Forças Aliadas durante a II Guerra Mundial.

Em 1945, Karl Menninger e um grupo de psiquiatras americanos visitaram a Europa para conhecer os novos desenvolvimentos psiquiátricos que haviam resultado da experiência bélica e ficaram impressionados com as inovações dos britânicos. Muitos psiquiatras haviam sido tirados de seus hospitais psiquiátricos e consultórios particulares e arremessados na convulsão da guerra. Eles serviram em juntas de seleção de oficiais, campos de treinamento, hospitais de campanha e unidades de combate, e essa experiência tornou-os forçosamente cônscios da tremenda influência dos fatores sociais na modelação das experiências cognitivas, afetivas e comportamentais de soldados e oficiais (Clark, 1965). Em resultado disso, a psiquiatria social, a psiquiatria comunitária e a psiquiatria administrativa atingiram a maioridade.

Durante a II Guerra Mundial, a psicoterapia e dinâmica grupal mostraram-se de igual importância que a psicodinâmica individual. O tratamento e a reabilitação no contexto do bem do batalhão, não apenas do paciente individual, tornaram-se prementes. Questões de poder, autoridade e responsabilidade situaram-se no primeiro plano do trabalho cotidiano do psiquiatra como jamais se haviam situado, tal como se reflete na declaração de Cameron (1947) de que o hospital-dia "dá expressão aos fatos de que pacientes psiquiátricos não precisam ficar na cama; que não têm de permanecer no hospital até que estejam bem e, em vez disso, amiúde, não ficam bem, se tentamos fazê-los permanecer, e que não é apenas o paciente, mas também sua unidade familiar e seu *setting* social geral que precisam ser tratados". Mesmo pelos padrões de hoje, essa afirmativa constitui uma medida, antes que uma prática diária e real. Na década de 40, foi revolucionária. Significativamente, nem uma só vez em seu artigo Cameron utiliza as expressões "paciente internado" ou "internação", mas substitui-as por "hospital diurno e noturno". As qualidades do paciente foram cuidadosamente avaliadas, juntamente com suas tendências psicóticas, psicossomáticas e suicidas, e Cameron relatou então sua convicção de que o hospital diurno é capaz de tratar pacientes que sofram de alucinações e ideação suicida tal como psiquiatras o fariam em seus consultórios. Observou a contribuição decisiva do quadro de enfermagem para o clima do hospital diurno e a economia financeira dessa forma de hospitalização. Fez comentários sobre a moral mais alta no hospital-dia do que no restante do Instituto, bem como sobre a prevenção da regressão e o reajustamento mais fácil dos pacientes, quando de sua alta. Predisse também corretamente que o conceito do hospital-dia seria aplicado a outros ramos da medicina (Cameron, 1947). A história da hospitalização parcial parece ter sido uma recapitulação da evolução do programa de Cameron. Uma seqüência comum de eventos começava usualmente projetando-se um programa de hospital-dia mais ou menos como originalmente descrito por Cameron. As grandes esperanças no novo programa e a alta moral de seu quadro de pessoal eram mais cedo ou mais tarde seguidos por

um padrão de subutilização da instalação, apesar das alegações de eficácia e relação custo-eficácia do programa (Boag, 1960). A raiz causal do fenômeno era o fato de que os hospitais-dia tinham a intenção de ser altamente especializados em termos de o que oferecer aos pacientes e a maneira de fazê-lo, o que conduzia a uma alta seletividade (Casarino, Wilner, Maxey, 1982). Além disso, contrariamente às expectativas de uma modalidade de tratamento orientada para a comunidade, os hospitais diurnos tinham tendência a tornar-se de compreensão limitada e não gastavam o tempo e a energia necessários para esclarecer suas fontes potenciais de encaminhamento a respeito de seu campo de ação. Isso levou um praticante da hospitalização parcial a escrever que "não é de admirar que os programas de hospitalização parcial tenham tido dificuldades para 'se encaixar'. Uma boa parte das dificuldades, contudo, foi causada por eles mesmos" (Glaser, 1972). Defrontados com a ameaça de uma taxa decrescente de encaminhamento, os hospitais-dia, usualmente, reagiram a isso ampliando os critérios para admissão de pacientes em seus programas. Essa reação conduziu a uma redução da intensidade dos cuidados, ou a uma divisão do programa em duas linhas (Goldman, 1989). Qualquer dessas soluções achava-se prenhe de perigos, mas o perigo mais crucial foi uma furtiva e crescente desconsideração da duração da internação e o subseqüente enchimento dos hospitais-dia por pacientes psicóticos crônicos que, provavelmente, receberiam ajuda satisfatória numa base ambulatorial. O efeito disso sobre o quadro de pessoal equivalia ao desespero (Klein, 1974). Além disso, a hospitalização diurna eficaz parecia basear-se numa duração moderada de permanência, usualmente, menos de 30 semanas, independentemente do diagnóstico ou da necessidade do paciente para acompanhamento futuro (Dunn, Staley, Sexton, 1982).

QUESTÕES TEÓRICAS

A literatura inicial fez referência a uma ampla variedade de conceitos, alguns dos quais, posteriormente, tornaram-se hipóteses e teorias separadas, tais como, por exemplo, dinâmica grupal, relações objetais, teoria dos sistemas, terapia de ambiente [*milieu*] e comunidade terapêutica. Entretanto, duas escolas de pensamento achavam-se já bem estabelecidas ou eram usadas na conceituação e administração dos pacientes dos hospitais-dia: a psiquiatria biológica e a psicodinâmica.

Psiquiatria Biológica

Mesmo antes de a revolução psicofarmacológica ter começado, os hospitais diurnos utilizavam métodos físicos, incluindo coma e pré-coma insulínico, eletroconvulsoterapia (ECT) e tratamento de reflexos condicionados para o alcoolismo (Cameron, 1947). Desde então, a literatura não tem feito referência à denegação deliberada de medicamentos nos hospitais-dia. Aqueles que contavam com o uso da medicação como variável importante apontaram a escassez de estudos que controlassem essa variável. Um dos estudos confirmou o senso empírico de que receber medicações estava associado a uma taxa menos freqüente de atrito. Entretanto, quando a obediência às medicações cessava, os pacientes recaíam após o acompanhamento (Stein, Test, 1980).

O uso judicioso de medicações psicotrópicas constituiu um impulso para os hospitais-dia, por tornar possível tratar em programas de tratamento diurno alguns pacientes que de outra maneira seriam perturbados demais para serem considerados para um programa de hospital-dia. Os antidepressivos são as medicações mais comumente indicadas, por causa de sua eficácia comprovada no tratamento de transtornos de ansiedade, assim como da depressão. O comparecimento diário torna possível controlar a acessibilidade de tais medicamentos a pacientes suicidas e monitorar-lhes de perto os efeitos. Relatórios recentes sobre reações salutares de pacientes que sofrem de transtornos *borderline* de personalidade a pequenas dosagens de antipsicóticos (Kutcher, Blackwood, 1989; Coccaro, Kavoussi, 1991) foram encorajadores. O mesmo se aplica a pacientes com mau controle de impulsos. Em contraste, hipnóticos, sedativos e agentes ansiolíticos exercem pequeno papel na população de um hospital diurno.

Psicodinâmica

Tal como a psiquiatria biológica, conceitos psicanaliticamente orientados foram utilizados em hospitais-dia desde o início, particularmente em programas de tratamento diurno e, em menor grau, em programas de hospital-dia. À medida que os quatro principais conceitos psicanalíticos de pulsão, ego, relações objetais e psicologia do *self* se desenvolveram com o decorrer do tempo, eles foram gradualmente incorporados ao trabalho efetuado nos hospitais-dia. Técnicas comportamentais e economias simbólicas foram relatadas, especialmente no caso de pacientes psiquiátricos a longo prazo (Luber, 1979).

A psicodinâmica foi originalmente usada na provisão da psicoterapia individual. Entretanto, com o surgimento da abordagem da comunidade terapêutica, tanto essa psicoterapia quanto o aconselhamento perderam ênfase, e a psicodinâmica permanece sendo, até os dias de hoje, o meio mais poderoso de entender o paciente individual no ambiente grupal (Azim, Beck, 1968).

A questão da interação transferencial-contratransferencial nos hospitais-dia operados como comunidades terapêuticas é suficientemente diferente para justificar maior elaboração aqui. Nenhuma outra situação proporciona um potencial tão numeroso e variado para analisar essa interação quanto uma comunidade terapêutica. Teoricamente, um paciente num hospital diurno com uma população de 30 pessoas e um quadro de pessoal de 10, um cenário que é usual, pode ter tantas reações transferenciais e é capaz de induzir igual número de sentimentos contratransferenciais quanto o número combinado de pacientes e funcionários. Além disso, os pacientes, geralmente, têm reações transferenciais em relação à multiplicidade de grupos e atividades a que comparecem e ao programa como um todo. A diferença decisiva entre um envolvimento desse tipo e o que ocorre numa escola, num exército ou numa igreja é que apenas numa comunidade terapêutica a multiplicidade de interações transferenciais-contratransferenciais é explicitamente considerada como domínio de observação, explicação e análise.

Essa atenção concedida à análise da interação existente entre os parceiros terapêuticos não é, de maneira alguma, exclusiva da comunidade terapêutica. Merton M. Gill (1992) observou que tudo no processo psicanalítico tem importância interativa e

que a análise dessas interações é também uma interação. É como ficar entre dois espelhos; não se pode medir o fim de uma interação analisando-a; pode-se apenas intensificar a percepção, melhorar o entendimento e, às vezes, efetuar mudanças. De modo semelhante, Irvin Yalom (1985), terapeuta existencial e psicoterapeuta grupal, definiu a psicoterapia grupal pelo grau em que o processo grupal é examinado e interpretado. O que é diferente a respeito da comunidade terapêutica é a multiplicidade de interações desse tipo, o que a torna singular tanto como sistema social quanto como *setting* de tratamento. Paradoxalmente, essa multiplicidade é também conducente ao teste da realidade, uma vez que raramente todos os pacientes e, tampouco, todos os funcionários reagem de maneira idêntica a qualquer membro, grupo, ou ao programa como um todo. Na realidade, se somente a maioria dos pacientes e dos membros do quadro experienciam um paciente, um terapeuta, um grupo ou mesmo o programa como um todo como destrutivo demais para a meta suprema de proporcionar cuidados suficientemente bons e se um exame minucioso revela que uma avaliação desse tipo não é produto da busca de bodes expiatórios, uma mudança radical pode ser necessária, sob a forma de dispensa, cancelamento ou encerramento.

Comunidade Terapêutica

Thomas F. Main escreveu em 1946 sobre a importância do hospital inteiro como comunidade terapêutica. Essa idéia veio-lhe diretamente, embora de modo gradual, de sua experiência como psiquiatra durante a II Guerra Mundial. Tal como muitos de seus colegas, ele se defrontara com a realidade de que, nas forças armadas, toma-se conta do soldado individual e ele é altamente treinado e grandemente valorizado, mas apenas até onde contribui para o grupo e os propósitos desse. A sobrevivência do grupo como um todo transcende a vida de qualquer de seus membros (Main, 1946). A dissonância entre tais conceitos e a formação psicanalítica dos psiquiatras deve ter sido imensa.

A comunidade terapêutica baseou-se no conceito de que o ambiente social é tão capaz de ser antiterapêutico quanto um instrumento de cura (Kraft, 1966). Ela enfatiza a interação interpessoal e os fenômenos sociais como poderosos fatores causativos e terapêuticos nos transtornos psiquiátricos. A obra clássica de Alfred H. Stanton e Morris S. Schwartz (1954) validou a crença de que os pacientes reagem adversamente a conflitos no quadro de pessoal. Essa compreensão levou à instituição de veículos para a partilha de informações aberta e dirigida para metas em níveis de funcionários para funcionários, funcionários para pacientes e pacientes para pacientes como aspectos permanentes dos programas de tratamento diurno. Isso foi feito também em reconhecimento dos pontos fortes dos pacientes e não apenas de suas fraquezas. Altas expectativas quanto a suas capacidades levaram uma medida ótima de responsabilidade na terapia deles e no programa em si.

De certa maneira, isso constituiu um renascimento. Com base em observações naturalistas feitas há cerca de 200 anos atrás, Philippe Pinel chegou à conclusão de que, por mais deteriorados que seus pacientes fossem, cada um deles, usualmente, padecia de má função só em uma ou outra de suas faculdades mentais. Ele apelou aos poderes da Revolução Francesa em prol da democratização da medicina pública, inclusive dos hospitais mentais (Weiner, 1992). De modo semelhante, as comunidades terapêuticas modernas esposam um achatamento da estrutura hierárquica da organização, mas, no entanto, na história do movimento da comunidade terapêutica, os programas foram vistos e, às vezes, operados como democracias participativas (Zeitlyn, 1967). Aqui, questões de poder e de autoridade confundiram-se. O poder baseia-se no auto-interesse e não tem lugar numa comunidade terapêutica. A autoridade, em contraste, é o investimento legítimo, no quadro de pessoal, da sanção a fornecer cuidados. A pesquisa demonstrou que, enquanto a autoridade em grupos se acha correlacionada ao primado da orientação cooperativa para um objetivo, o poder está associado à orientação grupal competitiva. Dessa maneira, Pinel, Jean Baptiste Pussein e seus colegas não apenas introduziram a bondade, mas impediram a brutalidade do quadro de pessoal e a morte à míngua dos pacientes. Combinaram essas medidas com a defesa de usar sua autoridade ao máximo, abordando os pacientes violentos *en masse*, gritando mais que eles e inovando a camisa de força. Essa combinação do tratamento humano com o exercício da autoridade levou à redução da mortalidade dos pacientes, em um ano, de 63% para menos de 14% (Weiner, 1992). As metas de refrear o poder de todos — tanto dos líderes quanto dos antilíderes — e aumentar a responsabilidade de todos, inclusive pacientes e membros não-médicos do quadro de funcionários, inevitavelmente conduziu ao afrouxamento das definições de papéis. Numa comunidade terapêutica madura, todos os funcionários atuam mais como terapeutas da saúde mental do que como membros de sua própria disciplina-mãe. Isso salienta a importância de organizar administrativamente um programa como uma entidade em que toda admissão, avaliação e supervisão dos membros do quadro sejam feitas pelo programa em si, eliminando assim o efeito pernicioso das lealdades múltiplas.

A criação, a manutenção e o crescimento das comunidades terapêuticas não é tarefa pequena. Paradoxos e qualificações intensivas acham-se envolvidas em seu projeto: o aumento de tolerância quanto ao desvio tem de ser acoplado à elevação das expectativas dos pacientes; admitir-se as fraquezas desses ao mesmo tempo em que se incentiva o exercício de seus pontos fortes; a indistinção das definições de papéis de todos os que os desempenham, com a expectativa de intensificar a ampliação deles; o aumento da segurança, ao mesmo tempo em que se é menos restritivo; encorajar todos os participantes a aprenderem a afirmar-se e, ao mesmo tempo, conter-lhes as explosões emocionais; aumento da liberdade de ação junto com aumento de responsabilidade; refreamento do poder ao mesmo tempo em que se exerce autoridade; dar atenção meticulosa às interações interpessoais dentro do programa e, simultaneamente, fomentar e alimentar laços comunitários; atender às dinâmicas e aos processos grupais sem perder de vista a meta suprema de tratar o paciente individual no grupo, e, finalmente, dar-se conta de que a existência continuada do programa é função de sua eficácia no tratamento de pacientes e da sanção e apoio das autoridades constituídas.

Teoria Geral dos Sistemas

O hospital diurno, mais do que qualquer outro *setting* psiquiátrico, é usualmente designado como um sistema integrado. Dessa maneira, os princípios da teoria geral dos sistemas são particularmente apropriados tanto a seus suportes filosóficos quanto a seu funcionamento.

O surgimento da teoria geral dos sistemas foi um resultado da compreensão da impossibilidade de aplicar-se os poderes de explicação, controle e predição das ciências naturais às ciências biológicas, comportamentais e sociais, uma vez que as últimas são dominadas por características interativas, multivariáveis, organizacionais, automonitorantes, dirigidas para um objetivo e emergentes.

Um organismo e uma organização são sistemas em que partes e processos acham-se em constante interação dinâmica. A psicopatologia, por exemplo, pode ser considerada uma disfunção sistêmica, pois dificilmente envolve um único sintoma.

Entre os vigorosos conceitos introduzidos pela teoria geral dos sistemas acha-se o da inevitabilidade da existência de limites ou fronteiras, uma vez que uma entidade é estudada como um sistema ou subsistema por seu próprio direito. Presume-se que esses próprios limites sejam dinâmicos, pois acomodam quaisquer trocas que sejam necessárias entre eles. Os efeitos das terapias psicossociais dão testemunho do paradoxo de que os seres humanos são tão capazes de mudar quanto de resistir à mudança.

Desde o início, achou-se que os conceitos da teoria geral dos sistemas eram mais afins à compreensão da comunidade terapêutica como estrutura ou matriz supra-ordenada na qual os vários grupos e interações diádicas ocorrem. Isso implicava uma hierarquia de subsistemas, uma hierarquia que é, ela própria, dinâmica. Assim, por exemplo, num programa de hospital-dia de funcionamento ótimo, os pacientes como um grupo são os primeiros motores do sistema. Entretanto, quando ocorre uma crise precipitada pela tentativa de suicídio de um deles, dá-se uma mudança na hierarquia das prioridades. Uma situação ainda mais séria, qual seja, uma em que conflitos no quadro de pessoal sem querer desestabilizam o sistema, pode levar a um distúrbio coletivo entre a população de pacientes. O exemplo mais maligno envolve uma liderança disfuncional que acaba por valer-se de lutas de poder e mecanismos primitivos de defesa. Isso pode provocar, através da amplificação, certos resultados negativos, se não desastrosos (Menzies, 1960; von Bertalanffy, 1966; Skynner, 1976).

De uma perspectiva da teoria geral dos sistemas, é questão puramente acadêmica saber-se se a comunidade terapêutica constitui um pré-requisito para a mudança, ou se é, ela própria, um agente de mudança, uma questão reminiscente da discussão sobre se são as interpretações ou as relações objetais o agente de mudança na psicoterapia dinâmica. A teoria geral dos sistemas tenta informar e iluminar as ciências sociais, antes que suplantá-las. Assim, seus praticantes não precisam rejeitar a psicodinâmica ou a dinâmica grupal para adotar uma visão geral de sistemas para o seu trabalho.

Dinâmica Grupal

A ascenção de vários movimentos durante e após a II Guerra Mundial concorreu para modelar o conceito, a filosofia, o desenho, a estrutura e o funcionamento dos hospitais diurnos, e, também, o entusiasmo por eles. Um outro movimento desse tipo foi o da dinâmica grupal, que se tornou de importância para a inovação do hospital-dia à medida que a ênfase se deslocava da terapia individual para a terapia grupal e as atividades de grupo. Essa mudança levou à compreensão de que as forças e os processos que operam nos grupos são distintas das dinâmicas intrapsíquicas e interpessoais. Os psicólogos sociais contribuíram para a introdução dos conceitos da dinâmica grupal aos psiquiatras durante a II Guerra Mundial (Main, 1977).

QUESTÕES CLÍNICAS

Seleção dos Pacientes

A hospitalização parcial foi descrita como uma tentativa de fazer tudo para todas as pessoas (Glaser, 1972). A veracidade dessa afirmação pode ser ilustrada pelo fato de que o mesmo critério que seria explicitamente usado para excluir um paciente de certos programas de hospital diurno seria a base em que o mesmo paciente seria admitido a outro programa. Exemplificando, os pacientes que sofrem de alcoolismo ativo e outros abusos de substâncias foram achados inapropriados para admissão a programas de hospital-dia (Case, 1991). Entretanto, programas projetados para o cuidado de populações homogêneas desses pacientes foram relatados na literatura. O mesmo se aplica a pacientes que sofrem de danos intelectuais graves (Lefkovitz, 1979).

Isso realça a agastante questão das vantagens e desvantagens de tratar-se populações homogêneas de pacientes *versus* populações heterogêneas no mesmo programa (Goldberg, 1988). Além disso, a literatura não revela consenso algum quanto a se grupos heterogêneos de pacientes no mesmo programa devem ser tratados em sistemas de uma conduta ou de duas condutas, para acomodar as necessidades variadas de pacientes que sofrem de transtornos psiquiátricos agudos e crônicos. Ademais, as opiniões diferem quanto a se todos os pacientes num programa homogêneo devem receber o mesmo programa básico, inclusive uma permanência limitada no tempo e pré-determinada, ou um programa talhado individualmente sob medida (Goldberg, 1988).

A literatura sobre hospitalização diurna tem sido também assolada por critérios vagamente definidos com referência ao *continuum* "agudo-crônico" de uma população de pacientes e a se esses pacientes padecem de transtornos psicóticos ou não-psicóticos. Com o decorrer do tempo, essa vagueza conduziu a dificuldades em fazer-se generalizações significantes a partir das publicações clínicas, empíricas e de pesquisa que se acham disponíveis.

Organização dos Programas

Formas diferentes de tratamento psiquiátrico figuram diferencialmente nas três categorias de hospitalização diurna, com a ênfase recaindo no tratamento em programas de hospital diurno, no tratamento e reabilitação em programas de tratamento diurno e na reabilitação e manutenção em programas de cuidado diurno.

Tratamento. O tratamento inclui métodos biológicos, psicológicos e sociais que visam a proporcionar uma mudança na condição do paciente. O ECT vem sendo usado nos hospitais-dia desde o início do movimento do hospital diurno. Um aumento de apoio em agentes psicofarmacológicos diminuiu a necessidade dele, mas os programas de hospital diurno podem fornecê-lo ou conseguir que o paciente seja admitido até que o curso do ECT se complete. Os programas de tratamento diurno que dão ênfase à psicoterapia têm menos probabilidade de estarem aparelhados para administrá-lo. Os quadros de pessoal dos programas de cuidado diurno compõem-se, geralmente, de uma equipe não-médica, com um psiquiatra agindo como consultor; não é provável que o ECT seja exigido por seus pacientes ou oferecido a eles. Em contraste com isso, a psicofarmacologia é amplamente usada em todos os três tipos de programa. Embora os medicamentos sejam considerados um dos suportes principais nos programas de hospital diurno, eles podem ser considerados uma forma adjunta de tratamento nos programas de tratamento diurno e de manutenção e prevenção nos programas de cuidado diurno.

A psicoterapia, particularmente a grupal, é a espinha dorsal dos programas de tratamento diurno. Usualmente, oferece-se aos pacientes uma ampla variedade de grupos. A terapia familiar e a de casais são oferecidas e, às vezes, mandatórias, em alguns dos programas. As contribuições da psiquiatria social, da comunidade terapêutica e da teoria geral dos sistemas deram proeminência à intervenção familiar nos programas de hospital-dia. A terapia individual é mais apropriada para programas de hospital diurno em que a intensidade e a estimulação engendradas pelas terapias grupal e familiar podem ser contra-indicadas.

Em determinado estudo, os pacientes classificaram a estrutura do programa, o contato pessoal e as medicações, nessa ordem, como os três principais fatores curativos na facilitação da mudança (Hoge, Davidson, Hill, Turner, Ameli, 1992).

Reabilitação. Robert Rapoport (1980), um dos primeiros investigadores da hospitalização diurna, enfatizou a importância de diferenciar-se os métodos e objetivos do tratamento dos métodos e objetivos da reabilitação. Essa última assume a forma de grupos e atividades psicossociais e pré-vocacionais e pode ir até o arranjo e a supervisão de uma experiência de trabalho fora do programa. Os grupos de reabilitação podem incluir grupos de treinamento de habilidades que enfocam a comunicação, habilidades de vida e tarefas cotidianas da vida, grupos de pares, atividades sociais-recreacionais, atividades de exercício e relaxamento, bem como grupos e atividades relacionadas à educação e ao trabalho.

A teoria geral dos sistemas e a pesquisa de bebês apresentam a idéia de que a atividade autônoma encontrada na função cerebral e nos processos psicológicos constitui uma característica fundamental que se manifesta na gratificação de desempenho e em comportamentos que buscam objetos. Essa idéia traduz-se em ver-se o paciente como um sistema ativo que necessita de terapias orientadas para a ação em reação a estados disfuncionais sob uma forma que fomenta a integração e a orientação no sentido de metas futuras através da antevisão simbólica (von Bertalanffy, 1966).

Manutenção. Nos programas de cuidado diurno, o senso de atemporalidade e a cronicidade da população de pacientes con- [illegible] uma situação paradoxal em que o desejo que os membros do quadro de pessoal têm de reabilitar os pacientes parece levar a um aumento da inércia por parte desses (Klein, 1974). Se isso for verdade, a única opção viável aos programas de cuidado diurno é aceitar a manutenção como seu objetivo, o que conduz ao resultado respeitável de reduzir-se otimamente as recaídas e a necessidade de readmissão a um hospital. Os achados da pesquisa sobre o assunto, que indicam melhores resultados nos programas de cuidado diurno que empregam membros menos profissionais no quadro de pessoal e menor intervenção por parte desse, apóiam a indesejabilidade do que parecem ser metas orientadas para os funcionários, antes que dirigidas para os pacientes.

Uma recente recensão da hospitalização parcial (Hoge, Davidson, Hill, Turner, Ameli, 1992) apontou a revivescência do conceito de cuidado comunitário agressivo como meio eficiente quanto ao custo de cuidar dos cidadãos mais deslocados, menos privilegiados e mais negligenciados desde o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos e o encurtamento de sua permanência neles como pacientes internados (Lancet, 1987). O único estudo que mostrou a eficácia dos hospitais-dia para pacientes que padeciam de enfermidades mentais crônicas incluiu estadas de curto prazo de menos de 15 semanas em média, acopladas a um programa intensivo. H. Richard Lamb (1967) encontrou que aproximadamente 65% de sua população melhoraram num programa que se achava mais próximo em estrutura aos de um hospital diurno ou de tratamento diurno do que a um programa de cuidado diurno.

Papel do Terapeuta

Um terapeuta, geralmente, une-se ao quadro de pessoal de um hospital diurno com um certo grau de definição do papel a desempenhar, baseado em seus antecedentes educacionais e na disciplina que escolheu. Essa definição também faz parte da identidade do terapeuta, sendo afetada por certas características pessoais. Entretanto, exige-se dos funcionários de um hospital diurno que possuam um alto grau de flexibilidade para serem capazes de funcionar otimamente como membros de uma equipe multidisciplinar. Essa flexibilidade é mais exigida no caso do líder da equipe, seja a pessoa um profissional médico ou não-médico. O líder estabelece o tom, sendo a pessoa que é constantemente testada tanto pelos membros do quadro quanto pelos pacientes em termos de cessão de poderes e exercício de autoridade legítima.

Um membro novo do quadro, geralmente, experiencia confusão de papéis e ansiedade ao ingressar num sistema desse tipo. O que ganha em troca é a obtenção da expansão dos papéis, que, numa comunidade terapêutica, pelo menos teoricamente, é limitada apenas pela falta de habilidade, conhecimento ou flexibilidade do funcionário. Idealmente, com motivação pessoal num programa maduro, os terapeutas devem sentir-se encorajados e confiantes na capacidade que cada um tenha de contribuir para a organização, administração, operação, tomada de decisões e manejo do programa. Em acréscimo, os terapeutas — através de reuniões regulares, observações, serviços internos, supervisão e co-terapia — tornam-se peritos no desempenho de uma variedade de tarefas. Uma dessas envolve avaliações diagnósticas, psicodinâmicas e sociais que auxiliam a equipe a decidir sobre a adequação de um paciente ao programa. O terapeu-

ta também tem de aprender o suficiente sobre psicofarmacologia para conscientizar-se das ações e efeitos colaterais das medicações prescritas no programa. Além disso, o quadro de pessoal como um todo precisa estar ciente das tendências no sentido de subutilizar medicações quando necessário ou, inversamente, medicar pacientes para aliviar as próprias ansiedades dos membros do quadro. Exige-se dos terapeutas que se transformem em líderes eficazes de grupos terapêuticos e de atividades, bem como de terapia de casais e terapia familiar. Os terapeutas devem estar aptos e dispostos a aprender outras disciplinas com membros do quadro e, também, a ensiná-las.

Cada membro do quadro de pessoal, incluindo o líder, precisa trabalhar no sentido de um ideal homogêneo de competência na facilitação de todos os aspectos do funcionamento do programa, ao mesmo tempo em que permanece individual, diferente e único, por paradoxal que isso possa parecer. À medida que um programa amadurece e os terapeutas alcançam competência nele, eles tornam-se menos competitivos do que no passado, e a colaboração emerge como norma. Nestas circunstâncias ideais, as fraquezas e os pontos fortes do funcionário individual tornam-se conhecimento comum e respeitado, que é usado para designar certos terapeutas para certos grupos ou atividades de pacientes e não para outros. A margem de erro no começo da vida num hospital-dia pode ser alta, mas o domínio emergente torna-se apreciado com o decurso do tempo. Muitos terapeutas acham difícil, se não impossível, retornar a seus papéis tradicionais, quando uma necessidade desse tipo surge.

Questões de Término

Os programas do hospital-dia variam grandemente em termos de dois campos relacionados à questão de tempo: duração da permanência e limite de tempo. A duração da permanência é usualmente rotulada de breve, a curto prazo, a longo prazo, ou expressões semelhantes, mas geralmente sem definições ou especificação de um número de dias (Cutick, 1988). Alguns pacientes encaixam-se na designação de perpétuos ou precisam do tratamento e manutenção de vida inteira que é oferecido nos programas de final em aberto (Dunn, Staley, Sexton, 1982; Wallerstein, 1986). O segundo campo é o limite de tempo ao final do qual um paciente recebe alta, a menos que precipite uma alta por conta própria ou uma dispensa administrativa. Cada um desses dois domínios e a sua interação influenciam o projeto, a estrutura, a função e a operação do programa, bem como a seleção dos pacientes.

Um limite temporal ajuda a manter a questão de término em foco. Na ausência dele, independentemente da duração da estada, o enfoque pode tornar-se indistinto, deliberada ou não deliberadamente, tanto por parte dos pacientes quanto dos funcionários. Os primeiros ficam então com poucas oportunidades de lidar com questões de separação, perda, rejeição e abandono, e o quadro de pessoal pode aferrar-se a pacientes por razões contratransferenciais ou de subutilização.

Tanto os membros do quadro quanto os pacientes dão mais atenção e lidam melhor com os temas relacionados ao término, inclusive a percepção da inevitabilidade da própria morte, em programas que oferecem um limite temporal no qual eles têm a oportunidade de experienciar repetidas vezes o acréscimo de novos pacientes e a alta de outros. Numa comunidade terapêutica, a motivação dos pacientes considerada adequada a esse programa, bem como a intensidade, a variedade e a exposição à terapia grupal e à interação interpessoal que são proporcionadas, tornam provável que os pacientes internalizem a função terapêutica do programa. Fazê-lo ajuda a impedir a deterioração dos resultados de desfecho e pode mesmo realçar a melhora após a alta do programa.

Questões Especiais

A Figura E.3-2 constitui uma representação esquemática da estrutura de um programa de hospital-dia. Os grupos do lado esquerdo são primariamente psicoterápicos; os do direito são reabilitativos e fornecem socioterapia. Num programa desse tipo, cada paciente pode comparecer a mais de um grupo, com todos os outros pacientes do programa, todos os dias da semana. Todo paciente, em ocasiões variadas, pode ser membro de um grupo dirigido por cada membro do quadro de pessoal. Tudo isso proporciona uma ampla gama de contatos interpessoais. Em contraste com tal variedade, a estrutura fornece o pano de fundo, a matriz, a consistência e a rotina que, em si, pode desempenhar papel terapêutico. Com estrutura, o programa torna-se um meio-ambiente de sustentação onde um trabalho suficientemente bom pode ser otimamente feito e onde tanto os funcionários quanto os pacientes sentem-se seguros e motivados. Sem estrutura, a multiplicidade de atividades, grupos e reuniões pode conduzir a um fenômeno de fuga, que leva à descompensação de certos subsistemas e até mesmo de todo o sistema.

Para manter a estrutura e intensificar a segurança, dois grupos desempenham um papel vital nos programas. Menciona-se, geralmente, o primeiro deles pelo nome de reunião comunitária; o outro, muito menos citado na literatura, é a reunião de relações de funcionários com funcionários. Outros grupos ainda são os grupos de crise, as reuniões diárias de funcionários e as reuniões administrativas semanais.

Psicoterapia de grande grupo. John Rosie e Hassan F. Azim (1990) remontaram as origens da terapia de grangrupal às reuniões comunitárias, que têm sido parte integrante dos programas organizados como comunidades terapêuticas desde que essas foram descritas por Main (1946). Geralmente, o dia começava pela reunião comunitária, que era assistida por todos os pacientes e funcionários. As questões levantadas incluíam a ruptura de normas, o estabelecimento de limites, mudanças esperadas no programa e as atividades recreacionais dos pacientes. Kenneth Goldberb (1988) concluiu que a reunião comunitária é um dos principais pontos de apoio da hospitalização parcial, desempenhando papel central como grupo cerne através de toda a variedade de abordagens, modelos, durações de estada e populações de pacientes. A reunião comunitária tem sido descrita como um encontro de negócios e não como uma sessão terapêutica; os processos básicos do programa são nela definidos, desenvolvidos e monitorados. Raymond Luber (1979) percebeu uma reunião desse tipo como interessada na identificação e tratamento de comportamentos mal-adaptativos. Joseph T. Maxey (1988) viu a reunião como o *locus* onde a coesão e as relações de colaboração entre pacientes e funcionários são fomentadas. Paul M. Lefkovitz (1979) acrescentou tratar-se do lugar onde fatores terapêuticos grupais como instilação de esperança, aprendizagem interpessoal, altruísmo e comportamento imitativo ocorrem, apesar da rápida rotatividade do programa.

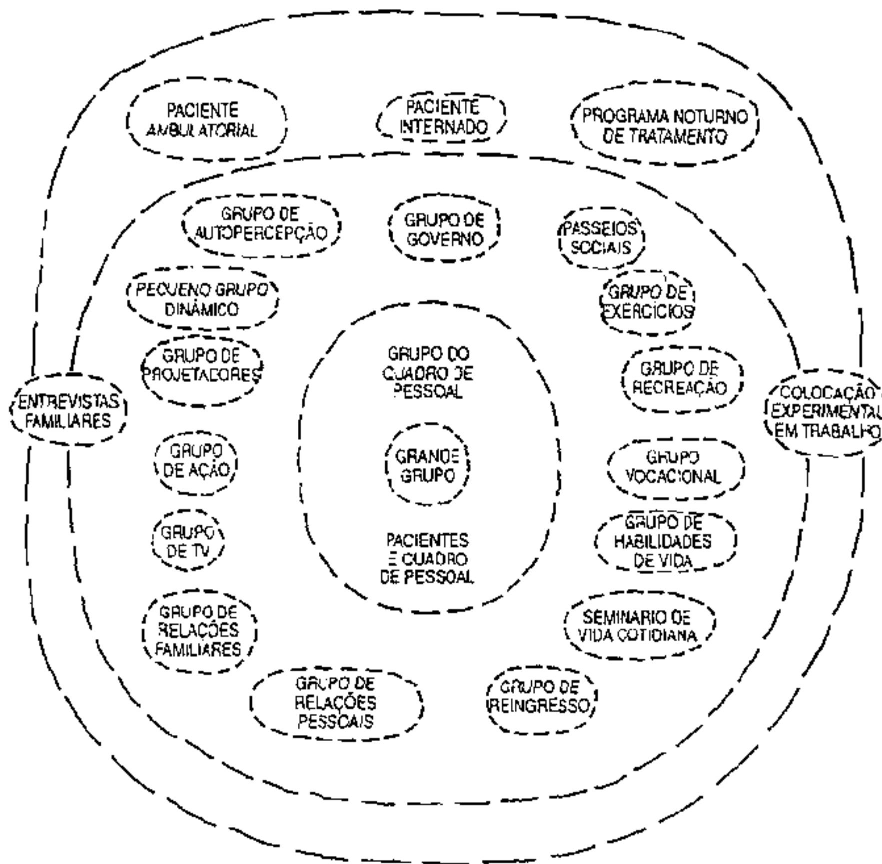


Figura E.3-2. Exemplo de um programa de hospital-dia

Terapia e ser terapêutica estão implícitas no funcionamento da reunião comunitária. Cutick (1988) apontou explicitamente a mistura da administração dos pacientes e psicoterapia de grangrupal nas reuniões.

Kosie e Azim (1990) relataram dois exemplos literais de psicoterapia de grangrupal num programa de tratamento diurno. Consideraram essa forma de trabalho grupal particularmente adequada aos programas de tratamento-dia. O grupo reunia-se diariamente pela manhã, antes de qualquer outra coisa. Descobriu-se que, independentemente do número total de pacientes no grande grupo, cerca de uma dúzia de pacientes, em média, participavam dele de maneira substantiva. Nesse sentido, o grangrupal era semelhante à psicoterapia de pequeno grupo. Os temas explorados no grande grupo, geralmente, ecoavam os que predominavam através de todo o programa. O líder do programa era claramente designado como líder do grande grupo, funcionando como facilitador. Ele convidava a supervisão por pares durante as reuniões de quadro de pessoal que se seguiam a cada sessão de grande grupo. A meta suprema do líder, no entanto, era fomentar a aliança terapêutica dos pacientes, de maneira que se sentissem suficientemente seguros para a assunção de riscos exigida para conquistar *insight* e intensificar a mudança em seus papéis sociais. A orientação foi descrita como psicanalítica, com intenso apoio nas variadas teorias das relações objetais. A interação era incentivada, a expressão de afeto, promovida, e questões emocionalmente carregadas oriundas de outros grupos e do programa como um todo eram integradas no processo. Interpretações transferenciais eram feitas geralmente pelos terapeutas, mas, às vezes, pelos pacientes. Os autores enfatizaram que o grupo como um todo encontrava-se sempre na mente do quadro de pessoal, mas, contudo, intervenções desse tipo eram geralmente reservadas para aqueles casos em que os fenômenos eram considerados como influenciadores significativos do processo grupal. Relatou-se que o quadro de pessoal era mais ativo durante períodos caracterizados por ameaças à estrutura terapêutica ou por rupturas da aliança terapêutica. O grupo era constantemente lembrado dos variados limites grupais, especialmente quando esses eram colocados em perigo. Questões de acasalamento, subagrupamento, atrasos e outras semelhantes eram colocadas em foco. A superidealização, quer de um terapeuta ou de um antilíder, quer de uma atividade grupal particular, era um tema comum no grande grupo. As questões de intimidade, dependência, raiva, auto-asserção, separação, perda e pesar eram também assuntos freqüentes de exploração. O fato de o programa ser limitado no tempo facilitava o trabalho do pesar sobre o abandono dos membros que partiam e, em última análise, do programa em si. A existência do grangrupal promovia a internalização, pelos pacientes, do programa de tratamento diurno como um objeto bom.

Em contraste, os funcionários podiam permitir-se ser menos ativos, durante períodos de elevação da aliança terapêutica, segurança e integridade da estrutura do programa. Os membros da equipe, inclusive o líder, eram menos ativos, quando o grangrupal estava trabalhando bem.

Apesar das semelhanças com os pequenos grupos, as dife-ənças foram enfatizadas. O tamanho da filiação ao grupo, que ra de 30 a 40 pessoas, permitia aos pacientes novos dissolver-e no fundo da cena, a fim de dominarem sua ansiedade. Essa atida em retirada concedia-lhes o tempo necessário para expe-iènciar o grupo como seguro e aprender as suas regras, até es-ırem prontos a participar de modo ativo e não apenas vicaria-ıente. Os grandes grupos também pareceram ser mais anima-os, intensos e vivazes do que os pequenos. Afetos intensos, miúde, ressoavam através do grupo, intensificando a auto-ex-·loração por parte de outros membros. Raramente um membro ılava a respeito de algo que não fosse partilhado por um dos utros ou diversos deles.

S. H. Foulkes (1975) ficou impressionado pelo poder do gran-rupal e Main (1975) chamou a atenção para a descompensação ərapêutica nos grupos desse tipo. Entretanto, o papel central .o grangrupal encontra rival apenas na reunião de relações de uncionários com funcionários.

Reunião de relações de funcionários com funcionários. ·enjamin J. Sadock e Harold I. Kaplan (1983) creditaram L. Cody ·Iarsh com o pioneirismo, em 1919, pela idéia de que toda inte-ação que um paciente tem numa instituição psiquiátrica possui obretons terapêuticos. Isso sucedeu muito antes da ascenção a psiquiatria social durante a II Guerra Mundial. Apropriada-ıente, Marsh dirigiu grupos de discussão com todos os funcio-ários do hospital, de médicos a assistentes. Desde então, refe-ências têm sido feitas na literatura aos efeitos perversos dos onflitos não resolvidos entre os membros do quadro de pessoal obre a enfermidade e o tratamento do paciente (Stanton, chwartz, 1954; Main, 1957; Bion, 1961; Gabbard, 1989). Os pa-ientes, constituindo um subsistema particularmente vulnerá-el, ficam predispostos a atuar esses conflitos, usualmente de ıodo inconsciente. Descobriu-se que a resolução de um círculo icioso desse tipo ocorria apenas quando os funcionários reuni-m-se para examinar seus conflitos de maneira aberta (Stanton, chwartz, 1954; Caudill, 1958).

Recentemente, a literatura sobre hospitalização diurna rela-ɔu observações semelhantes. Goldberg (1988), por exemplo, centuou a importância da percepção, pelo quadro de pessoal, e suas próprias pressões hierárquicas e do modo como lidam om elas. Para Goldberg, a experiência de tais conflitos e sua əsolução subseqüente são tão importantes quanto atingir-se a oesão do quadro de pessoal. Milton Wilner (1988) sugeriu um rupo de processo do pessoal para promover coesão e agir como m benefício marginal para os membros do quadro. Ele enfati-ou também a importância da habilidade do líder na reunião os funcionários. Entretanto, ao descrever essa experiência como ma experiência em que "está-se em psicoterapia grupal em rogresso", Wilner (1988) achava-se talvez subestimando um li-ıite importante que muitos funcionários preservam zelosamen-ɔ, qual seja, o limite existente entre um contrato terapêutico e m contrato de emprego. Um contrato terapêutico, explícita e nplicitamente, permite a exploração de todos os assuntos; um ɔntrato de emprego permite apenas uma exploração das inte-ıções de funcionários com funcionários e dos funcionários com s pacientes no aqui-e-agora da situação de trabalho. Implicar ɔquer que uma reunião desse tipo possa envolver a terapia dos ıncionários não apenas violaria um limite, mas dificilmente oderia levar à própria recomendação de Wilner de "que o quadro não funcione pior após a sessão de auto-compreensão do que antes". Intensificação da competência e melhora do funcionamento só podem acontecer se o limite entre a terapia e as relações de trabalho é mantido totalmente inviolado. A habilidade, o conhecimento e a dificuldade envolvidos em chegar-se a uma distinção desse tipo e mantê-la pode ser uma das razões por que poucos detalhes têm sido fornecidos sobre o tema central das relações de funcionários com funcionários e por que tais reuniões não têm sido defendidas como atividade semanal regular.

Um exemplo das questões levantadas e da maneira por que foram resolvidas deu-se num programa de tratamento noturno que funcionava como comunidade terapêutica. Aconteceu que as férias do chefe do serviço, um psiquiatra, e da coordenadora do programa, uma enfermeira que dividia igualmente seu tempo entre deveres administrativos e clínicos, sobrepuseram-se parcialmente durante alguns dias. Pouco após o retorno deles, a questão da baixa população foi discutida. O psiquiatra sugeriu a introdução de mais trabalho de contato para facilitar a integração de novas admissões e, portanto, reduzir a taxa de abandonos. Pouco depois disso, a coordenadora anunciou a rotatividade do arranjo de co-terapia entre os membros da equipe após as férias de verão, mudanças essas que afetavam menos a coordenadora e o psiquiatra. Durante a reunião diária de grangrupal seguinte, os dois líderes de programa engajaram-se em certo trabalho de contato, enquanto que o restante dos membros da equipe permaneceu virtualmente calado. Durante a reunião semanal da equipe de relações de funcionários com funcionários, um membro da equipe confrontou os líderes com sua ansiedade e raiva a respeito da amplitude das mudanças. Outros membros da equipe concordaram, expressando a opinião de que o psiquiatra estava agindo mais como patrão do que colega, a ponto de alguns deles estarem-se sentindo incompetentes. O psiquiatra indagou como o restante da equipe havia-se saído enquanto ele e a coordenadora haviam estado ausentes e se haviam ficado onerados durante a ausência dos líderes. Uma integrante da equipe que, a essa altura, havia assumido um papel de liderança, apontou que acontecera o contrário; ela sentira que, quando os dois líderes retornaram, "haviam-lhe tirado o tapete de sob os pés". Os líderes deram-se conta então da dificuldade que os outros membros da equipe tinham em abrir espaço para os líderes reingressarem na equipe. Foi-lhes dito por outro membro do quadro estar ele preocupado com que o limite entre a supercompensação pela perda de pacientes e o bom trabalho grupal houvesse se tornado indistinto. O psiquiatra reagiu reconhecendo essa possibilidade e aventou a possibilidade de o processo de seleção antes da admissão ser o lugar em que o problema jazia.

A essa altura, os líderes reconheceram que haviam falhado em vários aspectos: impor mudanças rápido demais e sem a discussão suficiente delas, bem como presumir que sua falta havia sido sentida durante a ausência deles, enquanto que os colegas haviam sentido uma perda de poder quando de seu retorno. A partir daí, os participantes ficaram livres para dar-se conta de suas ansiedades partilhadas sobre o baixo número de pacientes, as mudanças na co-terapia, as férias dos líderes e a volta desses e os sentimentos de não serem apreciados, que culminaram por sentirem-se eles inseguros e ameaçados. Terminaram expressando alívio por haverem podido identificar sua própria dinâmica

grupal, antes que seus conflitos se transmitissem aos pacientes, algo que poderia levar a um distúrbio coletivo.

Esse exemplo ilustra vários aspectos do funcionamento do grupo de relações de funcionários com funcionários. A tarefa da reunião tem de ser a partilha, a expressão e a resolução da discórdia dentro do quadro estritamente no aqui e agora da situação de trabalho. A reunião não deve ter pauta e ser projetada para explorar todos os sentimentos, pensamentos e ações dos funcionários com referência a seu trabalho, à exclusão de decisões clínicas e administrativas específicas, uma vez que essas devem ter seus foros apropriados. Os líderes da equipe têm de estar cientes de sua defensividade potencial e incentivar e convidar a confrontação por parte dos outros membros. Devem também identificar suas falhas empáticas e reconhecê-las abertamente. Quando o programa está funcionando de modo ótimo, os conflitos e as preocupações do quadro de pessoal são elaboradas primeiro na reunião de relações desse quadro. Às vezes, contudo, o grupo de relações de funcionários atrasa-se em relação ao grangrupal e essa diferença pode conduzir a um distúrbio coletivo. O processo é, portanto, adversamente invertido, e o quadro de pessoal pode ter de valer-se de uma reunião de relações funcionais de crise, seguida, às vezes, por uma reunião de grande grupo e, também, de crise, de toda a comunidade.

Relações entre funcionários e reuniões de crise de grande grupo. Num programa de tratamento diurno maduro e bem dirigido, os acontecimentos que levam a reuniões emergenciais de crise são poucos e espaçados, só ocorrendo, usualmente, com vários meses de separação entre eles. Entretanto, estudiosos de comunidades terapêuticas e programas de tratamento diurno observaram e documentaram a onipresença desses distúrbios (Stanton, Schwartz, 1954; Caudill, 1958; Rapoport, 1980). Programas novos e programas estabelecidos que estejam experienciando eventos perturbadores — uma inusitada rotatividade do quadro, por exemplo — podem ter de passar por crises a cada poucos meses. Nessas circunstâncias, não é a ocorrência de uma crise que é decisiva, mas sim a brevidade, a perícia e a eficácia que os funcionários como um todo demonstram no manejo da situação. O exemplo que segue é prototípico de uma crise num programa de tratamento diurno; cada um dos eventos abaixo descritos ocorreu durante uma crise ou outra, mas são combinados aqui para uma maior abrangência e preservação da "confidencialidade".

Os funcionários de todo o hospital geral, inclusive os do programa de tratamento diurno, foram informados pela administração sobre iminentes cortes orçamentários que levariam à inevitável perda de um número não-especificado de postos durante um período igualmente não-específico de tempo. Esse aviso representou uma ameaça para o programa de tratamento diurno devido ao caráter de trabalho intensivo de seu funcionamento, diferente dos de outros serviços. Os membros mais novos do quadro, apesar de serem altamente considerados como excelentes terapeutas, viram-se particularmente ameaçados, por causa das normas sindicais referentes à antigüidade. Dois dos novos terapeutas haviam sido recentemente despedidos, em circunstâncias similares, por seus empregadores anteriores.

O anúncio foi seguido por um aumento de faltas por doença de vários funcionários, o que interferiu com a adesão à norma estrita de declarar quaisquer mudanças, inclusive faltas dos funcionários, no grande grupo. Alguns membros da equipe, não caracteristicamente, "esqueceram-se" de fazer esses avisos.

Certa manhã, um pequeno número de pacientes femininas apresentou-se numa hora matinal, exatamente antes das rondas clínicas que eram feitas diariamente antes da reunião de grande grupo, e pediram para ver o principal terapeuta de determinada paciente. Acompanhada pelas outras, essa paciente confidenciou ao terapeuta que havia estado sexualmente envolvida com um paciente masculino e que decidira seguir a regra de que tudo o que se passa entre dois membros de um grupo é considerado assunto grupal a ser partilhado com todos. As outras pacientes acrescentaram que o mesmo homem as havia abordado em busca de favores sexuais. O terapeuta relatou os incidentes ao resto do quadro de pessoal, que decidiu suspender os assuntos costumeiros da reunião e entrevistar aquele pequeno grupo de pacientes, a fim de colher informações. Descobriram que as pacientes estavam dispostas a divulgar suas perturbadoras experiências ao resto do grande grupo. O paciente masculino envolvido admitiu suas ações, mas negou qualquer responsabilidade pela infração. Deu-se uma troca acalorada de palavras entre os pacientes, e as mulheres expressaram raiva, a sensação de terem sido traídas, culpa por não se haverem dado conta ou falado antes e sensações de haverem sido deixadas de fora por não haverem sido abordadas. Antes do final, o líder anunciou que os dois pacientes que se achavam sexualmente envolvidos não se beneficiariam de uma permanência ulterior no programa e ser-lhes-ia pedido que o abandonassem.

A reunião realizada diariamente após a reunião grupal para debater o tema grupal teve seu tempo tomado pela entrevista dos dois pacientes dispensados, e planos firmes para entregar o cuidado desses últimos às fontes que os haviam encaminhado foram feitos. Os membros do quadro tiveram então uma reunião de relações funcionais de crise, durante a qual puderam identificar suas ansiedades a respeito da perda do emprego e a incerteza quanto à futura subsistência. Essa ansiedade havia claramente levado a uma ruptura na estrutura terapêutica, uma vez que não podiam ou não queriam manter os pacientes informados a respeito das mudanças iminentes.

Armados com essa percepção de sua própria contribuição para o distúrbio, convocaram uma reunião de crise de grande grupo para conceder aos pacientes a oportunidade de partilharem as reações deles à dispensa de seus dois colegas. Vários pacientes expressaram discordância e raiva com a decisão de mandar embora a paciente, uma vez que essa fora uma vítima e havia-se espontaneamente apresentado. Um ou dois pacientes acharam que também o homem deveria receber uma segunda oportunidade. Outros pacientes temeram que a revelação futura de transgressões de quaisquer limites pudesse levar à dispensa deles. Seguiu-se uma mudança gradual no sentido de sentirem-se culpados por negar que sabiam o que estava acontecendo e por não relatar seu conhecimento do fato. Outros ainda expressaram culpa a respeito de outras atividades não reveladas, tais como trocarem números de telefone e estabelecerem contatos. Dois pacientes masculinos admitiram sua culpa por irem tomar drinques num bar. Gradualmente, mais outra mudança ocorreu, e os pacientes começaram a dirigir sua raiva para o quadro de pessoal, "por ter estado ausente ultimamente", por seu fracasso em não perceber o que estava acontecendo e por não fazer seu trabalho como deveria. Os pacientes falaram a respeito das freqüentes ausências dos funcionários, ultimamente,

de suas falhas em efetuarem certos anúncios e de sua indisponibilidade emocional geral. Expressaram também o sentimento de que tudo isso constituía justificativa suficiente para os pacientes buscarem e proporcionarem consolo e conselhos uns aos outros, fora dos grupos. Outros pacientes sentiram ansiedade a respeito da capacidade dos funcionários para exercer sua autoridade e mostrar firmeza no trato com a situação. Alguns pacientes refletiram em voz alta sobre o que seria mais assustador: enfrentar o fracasso do quadro de pessoal em agir, ou vê-lo empreender finalmente alguma ação. Os temas acima continuaram, sob forma gradualmente atenuada, nos grupos diários subseqüentes, grandes e pequenos.

Nesse meio-tempo, os funcionários continuaram suas próprias explorações do efeito das restrições orçamentárias por vir. Assumiram a responsabilidade de retornar à política de meticulosamente informar os pacientes de todas as mudanças que os afetassem e de agir como guardas de seus irmãos com respeito a isso. Tornaram-se conscientes da natureza isomórfica dos fenômenos sociais (declínio econômico), hospitalares (restrições orçamentárias), departamentais (competição por recursos limitados) e de pessoal do programa de tratamento diurno (temor da perda de emprego). O sentimento de se verem privados de informações precipitou, entre os funcionários, embora não o soubessem, seu próprio fracasso em disseminar informações entre os pacientes, culminando com a retenção por parte desses, em relação aos funcionários, dos fatos acontecidos em seus subagrupamentos, acasalamentos e formação de "panelinhas". Em nível mais profundo, o sentimento de desemprego iminente por parte dos funcionários levou a uma diminuição de sua disponibilidade emocional aos pacientes, apesar de continuarem a desempenhar-se de modo satisfatório. Os pacientes tiveram então de valer-se de seus próprios recursos, por disfuncionais que possam ter sido, para preencher essa lacuna. Como costuma acontecer nestas circunstâncias, os pacientes com os transtornos de personalidade mais graves foram os que atuaram de modo mais destrutivo, assumindo isso, às vezes, a forma de tentativas de suicídio por um ou mais dos pacientes, brigas ou ameaças de violência.

O programa de tratamento diurno era apenas um dos muitos serviços a serem afetados pelos cortes orçamentários. O presidente do departamento de psiquiatria convocou uma reunião departamental para debater os efeitos das restrições financeiras. A política tradicional do hospital fora apoiar-se tanto quanto possível no atrito e os cortes propostos não se destinavam a atingir todos os departamentos, mas visavam primariamente a áreas de ineficácia e desperdício. Medidas draconianas não eram contempladas; em verdade, o atrito e a realocação de recursos, intradepartamental e interdepartamentalmente, eram os passos a serem seguidos. À medida que a moral do quadro de pessoal melhorou, o fluxo de informações através dos vários limites subsistêmicos retornou ao normal e o distúrbio coletivo amainou.

Reuniões diárias do quadro de pessoal. Reuniões diárias clínicas e de administração de casos são necessárias por causa da intensidade das interações em todos os níveis, da importância vital de que todas as decisões sejam baseadas em informações e da necessidade de que as decisões sejam tomadas coletivamente e, uma vez tomadas, a elas adiram todos os funcionários, salvo em caso de emergência. As questões com que se lida nas reuniões diárias do quadro de pessoal incluem a adequação de encaminhamentos para admissão, a atribuição de pacientes individuais a terapeutas principais, o progresso dos pacientes através de todas as variadas fases do programa, a alocação a grupos, a iniciação e o monitoramento da psicofarmacologia, decisões referentes a acompanhamentos e a transferência de informações às fontes de encaminhamento e destas para o hospital.

Uma outra reunião diária, que se efetua após a reunião de grande grupo, destina-se a escrutinar a participação de todo o quadro de pessoal nesse grupo. O tema e os subtemas dominantes, bem como a relação deles com questões atuais em nível de programa, são também debatidos.

Reunião administrativa semanal. Essa reunião tem uma pauta de temas constantes. A ela, usualmente, assistem os representantes de outros programas do departamento, a fim de facilitar a comunicação. As tarefas gerais da reunião são solucionar problemas e tomar decisões. Mudanças no programa, o número de pacientes, as taxas de admissão e alta, férias dos funcionários, questões de estudantes e visitantes, rotatividade de co-terapeutas e documentos burocráticos são rotineiramente debatidos. Sentimentos gerados na reunião que não sejam resolvidos na ocasião constituem um interesse comum e legítimo para a reunião semanal de relações funcionais.

PESQUISA E AVALIAÇÃO

Duas afirmações gerais a respeito da pesquisa e da avaliação da hospitalização diurna têm de ser consideradas desencorajantes. A primeira é que o conjunto de problemas que assediou os estudos feitos há 20 anos atrás ainda se acha em existência hoje (Creed, Black, Anthony, 1989). Esses problemas incluem definições não claras das formas de hospitalização estudadas, uma escassez de métodos confiáveis e válidos, ausência de poder ou poder insuficiente, falta de controle ou situações aleatórias e altas taxas de atrito nos acompanhamentos (Wilkinson, 1984). A segunda refere-se ao recente e substancial declínio no número de estudos que utilizam projetos satisfatórios de pesquisa (Hoge, Davidson, Hill, Turner, Ameli, 1992).

Mais otimista é o aparecimento na literatura de informações referentes a quatro grandes e recentes estudos que tentaram evitar as críticas acima mencionadas. O primeiro deles foi conduzido na Inglaterra e foi projetado para descobrir a percentagem de pacientes que podia ser tratada em hospitalização diurna e comparar os resultados com o tratamento de pacientes internados. Cerca de metade da população de 175 pacientes, que padeciam de transtornos psiquiátricos agudos, foi tratada com sucesso num programa de hospital-dia (Creed, Black, Anthony, 1989). Encontrou-se apenas uma diferença significativa entre as duas modalidades: no acompanhamento de três meses, os pacientes do hospital diurno tiveram melhor funcionamento social que os pacientes internados. Essa diferença, no entanto, desapareceu no acompanhamento de doze meses.

O segundo estudo, também oriundo da Inglaterra, comparou o tratamento de pacientes diurnos com o de pacientes ambulatoriais em relação a ansiedade grave e depressão de seis meses de duração. Noventa e dois pacientes foram avaliados quando da admissão, que foi aleatória, e reavaliados ao final de seis meses. Melhoras estatisticamente significantes em alívio de sintomas, estruturação do tempo e socialização foram relatadas

para a maioria dos pacientes diurnos e para apenas alguns dos pacientes ambulatoriais. Auto-avaliações demonstraram que os pacientes diurnos estavam se saindo melhor e achavam-se mais satisfeitos com os cuidados que haviam recebido do que os pacientes ambulatoriais. Essas diferenças não podiam ser explicadas por uma variação no emprego de medicamentos psicotrópicos (Dick, Sweeney, Crombie, 1991).

O terceiro estudo, um estudo controlado em grande escala, foi empreendido nos Países Baixos. Pacientes que sofriam de transtornos neuróticos e de caráter foram aleatoriamente designados para a hospitalização interna e a diurna. Resultados preliminares apoiaram a eficácia comparativa do tratamento diurno para essa população (Hoge, Davidson, Hill, Turner, Ameli, 1992).

O quarto projeto de pesquisa a que a literatura se refere proveio do Canadá. Ele foi a primeira tentativa de um programa de tratamento diurno a usar uma condição de controle de tratamento retardada. O transtorno mais freqüente durante a vida (78%) e atual (65%) foi um episódio depressivo maior. Sessenta por centro dos pacientes receberam diagnósticos de Eixo II. O programa foi descrito como altamente estruturado, intensivo, limitado no tempo (quatro meses) e enfocado no grupo. Não se ofereceu terapia individual. Os resultados basearam-se em 120 pacientes que potencialmente combinavam e foram aleatoriamente designados para a condição de tratamento ou a condição de controle. As mensurações utilizadas atenderam a critérios satisfatórios de confiabilidade e validade. Os pacientes que receberam tratamento apresentaram resultados significativamente melhores que os controles. Os achados não puderam ser explicados pelo emprego de agentes farmacológicos ou por diagnóstico (Rosie, Azim, 1990).

Esses estudos constituem um desenvolvimento bem-vindo e uma reação sadia a pedidos há muito tempo formulados por esse tipo de pesquisa. Além disso, os resultados como um todo parecem apoiar a eficácia da hospitalização diurna. Pode-se apenas esperar que estudos mais bem projetados sobre as várias formas de hospitalização-dia continuem a aparecer na literatura, ajudando assim a garantir o futuro dessa modalidade ainda jovem e altamente inovadora.

REMISSÕES SUGERIDAS

A dinâmica de grupo é examinada na Seção A.3; a teoria dos sistemas, na Seção A.4; a seleção e a preparação de pacientes, bem como a organização do grupo, na Seção A.7; o papel do líder, na Seção A.8; a contratransferência e a transferência, na Seção A.9, e os processos de término, na Seção A.11. A psicanálise em grupos é debatida na Seção B.1; as relações objetais, na Seção B.5; a psicologia do *self*, na Seção B.6; a psicoterapia interpessoal grupal, na Seção B.7; a psicoterapia cognitivo-comportamental grupal, na B.9; a psicoterapia grupal a curto prazo na B.14; a terapia familiar, na Seção B.15; a terapia de casais, na Seção B.16, e a co-terapia, na Seção B.18. Examinam-se a psicofarmacologia na Seção C.6; a psicoterapia grupal de transtornos de personalidade, na Seção D.2; a psicoterapia grupal com os ˙sicamente enfermos a longo prazo, na Seção D.4; e a psicoterapia de grupo com pacientes internados, na Seção E.2.

Referências Bibliográficas

American Medical Association: *Current Procedural Terminology Codes*. American Medical Association, Chicago, 1992.

Azim, H. F. A., Beck, P. R.: The therapeutic community: A socio-environmental approach. Em *The Therapeutic Community*, H. King, F. J. McGilly, orgs., p. 17. Allan Memorial Institute of the Royal Victoria Hospital and the McGill University School of Social Work, Montreal, 1968.

Bion, W. R.: *Experiences in Groups*. Tavistock, Londres, 1961.

Boag, T. J.: Further developments in the day hospital. Am. J. Psychiatry 116:801, 1960.

Cameron, D. E.: The day hospital: An experimental form of hospitalization for psychiatric patients. Mod. Hosp. 68:60, 1947.

Casarino, J. P., Wilner, M., Maxey, J. T.: American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. Int. J. Partial Hosp. 1:5, 1982.

Case, N.: The dual-diagnosis patient in a psychiatric day treatment program: A treatment failure. J. Subst. Abuse Treat. 8:69, 1991.

Caudill, W. A.: *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1958.

Clark, D. H.: The therapeutic community: Concept, practice and future. Br. J. Psychiatry 111:947, 1965.

Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J.: Biological and pharmacological aspects of borderline personality disorder. Hosp. Community Psychiatry 42:1029, 1991.

Creed, F., Black, D., Anthony, P.: Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: A critical appraisal. Br. J. Psychiatry 154:300, 1989.

Cutick, R. A.: The short-term program: Commentary. Em *Different Approaches to Partial Hospitalization. New Directions for Mental Services*, K. Goldberg, org. Jossey-Bass, São Francisco, 1988.

Dick, P. H., Sweeney, M. L., Crombie, I. K.: Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. Br. J. Psychiatry 158:24, 1991.

Dickey, B., Berren, M., Santiago, J., Breslau, J. A.: Patterns of service use and costs in model day hospital: Inn programs in Boston and Tucson. Hosp. Community Psychiatry 41:419, 1990.

Dunn, R. J., Staley, D., Sexton, D. L.: Psychiatry day hospitalization: Multiple perspectives on outcome. Int. J. Partial Hosp. 4:287, 1982.

Foulkes, S. H.: Problems of the large group from a group analytic point of view. Em *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L. Kreeger, org., p. 33. Constable, Londres, 1975.

Gabbard, G. O.: Splitting in hospital treatment. Am. J. Psychiatry 146:444, 1989.

Glaser, F. B.: The uses of the day program. Em *Progress in Community Mental Health*, L. Bellak, H. H. Barten, orgs., p. 221. Grune & Stratton, Nova York, 1972.

*Goldberg, K., org.: *Different Approaches to Partial Hospitalization: New Directions for Mental Services*. Jossey-Bass, São Francisco, 1988.

Goldman, D. L.: The 40 year evolution of the first modern day hospital. Can. J. Psychiatry 34:18, 1989.

Goldman, D. L., Arvanitakis, K.: D. Ewen Cameron's day hospital and the day hospital movement. Can. J. Psychiatry 26:365, 1981.

*Hoge, M. A., Davidson, L., Hill, W. L., Turner, V. E., Ameli, R.: The promise of partial hospitalization: A reassessment. Hosp. Community Psychiatry 43:345, 1992.

Klar, H., Frances, A., Clarkin, J.: Selection criteria for partial hospitalization. Hosp. Community Psychiatry 33:929, 1982.

Klein, J. R.: The day treatment center for chronic patients: The politics of despair. Mass. J. Ment. Health 4:10, 1974.

Kraft, A. M.: The therapeutic community. Em *American Handbook of Psychiatry*, S. Arieti, org., vol. 3, p. 542. Basic Books, Nova York, 1966.

Kutcher, S. P., Blackwood, D. H. R.: Pharmacotherapy of the borderline patient: A critical review and clinical guidelines. Can. J. Psychiatry 34:347, 1989.

Lancet: Psychiatric day hospitals for all? Lancet 2:1184, 1987.

Lamb, H. R.: Chronic psychiatric patients in the day hospital. Arch. Gen. Psychiatry 17:615, 1967.

Lefkovitz, P. M.: Patient population and treatment programming. Em *Partial Hospitalization: A Current Perspective*, R. F. Luber, org., p. 151. Plenum, Nova York, 1979.

Luber, R. F.: *Partial Hospitalization: A Current Perspective*. Plenum, Nova York, 1979.

Main, T.: The concept of therapeutic community: Variations and vicissitudes. Group Anal. 10(Suppl):1, 1977.

Main, T. F.: The ailment. Br. J. Med. Psychol. 30:129, 1957.

——: The hospital as a therapeutic institution. Bull. Menninger Clin. 10:66, 1946.

——: Some psychodynamics of large groups. Em *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L. Kreeger, org., p. 57. Constable, Londres, 1975.